UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 22

ESSAI

SUR LE

TRAITEMENT DES MÉTRITES

PAR

L'ENFUMAGE IODÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Janvier 1913

PAR

Gaston BUGES

ANCIEN ÉLÈVE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1909)

Né à Aix (Bouches-du-Rhône), le 16 Janvier 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { FORGUE, professeur, *Président*
DE ROUVILLE, prof. adjoint.
MASSABUAU, agrégé.
EUZIERE, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

ESSAI

SUR LE

TRAITEMENT DES MÉTRITES

PAR

L'ENFUMAGE IODÉ

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 22

ESSAI

SUR LE

TRAITEMENT DES MÉTRITES

PAR

L'ENFUMAGE IODÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Janvier 1913

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Gaston BUGES

ANCIEN ÉLÈVE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1909)

Né à Aix (Bouches-du-Rhône), le 16 Janvier 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président*
DE ROUVILLE, prof. adjoint.
MASSABUAU, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f.)

Examinateurs de la thèse ;

MM. FORGUE, professeur, *président.*	MASSABUAU, *agrégé*
DE ROUVILLE, *professeur adjoint.*	MM. EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

G. BUGES.

A MES MAITRES

DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR De ROUVILLE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

MASSABUAU ET EUZIÈRE

G. BUGES.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales, il nous est un devoir bien doux, c'est de remercier tous ceux qui nous ont facilité l'arrivée au but et se sont intéressés à notre avenir.

Merci à notre regretté père, trop tôt enlevé à notre affection, pour les sacrifices qu'il s'est imposés pour nous durant les dernières années de sa vie, modèle de travail et de droiture, merci à lui de nous avoir engagé à devenir médecin. Merci à notre chère mère et à nos frères pour l'intérêt qu'il nous ont toujours témoigné et leurs excellents conseils.

Qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres de l'Ecole de médecine de Marseille et nos maîtres des hôpitaux dont l'excellence de l'enseignement et l'amour des choses médicales nous auront indubitablement profité.

Nous ne saurions nous abstenir d'adresser un témoignage spécial de gratitude à certains d'entre eux qui ont été particulièrement bons pour nous.

A MM. les professeurs Delanglade et Imbert, Laget et Boinet, dont nous avons été le stagiaire dès nos débuts hospitaliers.

A M. le professeur Treille, dont nous avons été l'externe dans son service des maladies exotiques.

A M. le professeur Alezais, dont nous avons été l'externe à l'hôpital et l'élève au laboratoire d'anatomie pathologique.

A M. le docteur Pagliano, médecin des hôpitaux, qui nous a initié aux premières difficultés de l'auscultation.

A MM. les professeurs Brun et Aubert, dont nous avons été l'externe dans le service de chirurgie et d'orthopédie infantiles.

A M. le professeur Guérin-Valmale dont nous avons été l'externe à la clinique obstétricale et gynécologique, pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

A MM. les docteurs Louge et Reynès, chirurgiens-chefs des hôpitaux, qui nous ont facilité l'étude de cette thèse en nous aidant de leurs conseils, et dont la haute valeur médico-chirurgicale nous a été d'un si bel exemple.

A tous nos maîtres nous adressons aujourd'hui l'expression émue de notre profonde gratitude et de notre entier dévouement.

Nous adressons aussi nos remerciements aux médecins que nous avons été appelé à remplacer pour la confiance qu'ils nous ont témoignée, et à tous ceux qui se sont intéressés à nous, au cours de nos études.

ESSAI

SUR LE

TRAITEMENT DES MÉTRITES

PAR

L'ENFUMAGE IODÉ

DÉFINITION DE L'ENFUMAGE IODÉ

L'enfumage iodé est le fait de produire et d'utiliser les vapeurs d'iode en thérapeutique.

L'iode a déjà été utilisé sous maintes formes, à l'état de combinaison, de pureté et même à l'état de vapeurs lentes : les applications de coton iodé en sont un exemple, mais à la production de ces vapeurs lentes on doit plutôt appliquer le terme d'évaporation que celui d'enfumage.

L'enfumage iodé proprement dit est donc le résultat d'une méthode nouvelle par laquelle on produit instantanément des vapeurs d'iode abondantes et rapides aussitôt utilisables, pourvu que l'on sache les recueillir et les diriger en en réglant l'action thérapeutique.

L'enfumage peut se diviser en deux méthodes : l'enfu-

mage iodé d'origine « métalloïdique » et l'enfumage iodé d'origine « iodoformique ».

L'enfumage iodé d'origine métalloïdique produit des vapeurs d'iode résultant de la décomposition par la chaleur de l'iode lui-même. C'est la méthode de Jugengel (de Bemberg).

L'origine iodoformique est une des caractéristiques de la méthode de Louge (de Marseille) qui produit des vapeurs d'iode en décomposant de l'iodoforme par la chaleur.

L'enfumage iodoformique comprend lui-même deux procédés, basés sur la différence de production des vapeurs : par combustion à l'air libre, ce que l'on fait en brûlant de l'iodoforme sur une houppette de coton, et par chauffage de l'iodoforme à l'aide d'appareils appelés enfumoirs, dont nous reparlerons plus loin.

Nous avons choisi pour nos expérimentations cette méthode nouvelle d'enfumage d'origine iodoformique, ayant constaté personnellement les excellents résultats obtenus, dans leurs services de chirurgie générale, par les docteurs Louge et Reynès, et pensant, comme eux, obtenir des propriétés plus actives avec des vapeurs provenant d'une combinaison de l'iode, plutôt qu'en la décomposant simplement par la chaleur.

Ces vapeurs de néo formation nous donnent non seulement un changement d'état de la matière première, mais bien un corps nouveau sous un nouvel état, et nous savons (comme le dit fort bien H. Bouquet dans une de ses dernières revues du *Monde Médical* sur l'enfumage iodé) quelle préférence accordent les cliniciens les plus compétents à cet état naissant des corps actifs, modalité plus vigoureuse doublée d'une action plus sûre.

HISTORIQUE

M. le professeur Forgue emploie depuis 1892, où il l'a appliqué dans son service de chirurgie infantile, l'iode en vapeurs, à l'état naissant. Cette pratique lui avait été recommandée par Félizet, qui l'employait systématiquement. Il l'appliqua : aux cas de résections pour des ostéo-arthrites bacillaires, compliquées de clapiers caséo-fongueux ; aux évidements pour foyers d'ostéite nécrotique, aux cloaques infectés ; aux grattages de foyers tuberculeux, aux fusées ramollies dans les parties molles. Les parties ayant été hémostasiées avec soin, et après nettoyage aussi complet que possible à la curette, on saupoudre les points caséo fongueux les plus atteints d'une couche légère d'iodoforme. M. le professeur Forgue dirige alors sur ces parties ainsi saupoudrées très discrètement, le jet de flamme bleue d'un chalumeau : on voit alors se dégager des vapeurs d'iode à l'état naissant et on poursuit l'action du jet de flamme jusqu'à la complète vaporisation de l'iodoforme déposé.

Tandis que le chirurgien allemand Jugengel, de Bemberg, publiait les résultats obtenus par les vapeurs de l'iode chauffé, Louge, de Marseille, étudiait et expérimentait la valeur des vapeurs provenant de la décomposition de l'iodoforme par la chaleur, et en août 1911, il publiait, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une revue générale

sur l'«Enfumage iodé ou l'emploi des vapeurs d'iode en thérapeutique locale ».

Nous nous permettrons de faire ici, avec son aimable autorisation, un exposé de sa méthode et des résultats qu'il a obtenus, ainsi que ceux d'autres expérimentateurs auxquels nous avons été des premiers à nous rallier.

Il nous apprend, et nous l'avons constaté depuis, que l'iodoforme est le composé qui donne les vapeurs les plus riches en iode et les plus abondantes pour une même quantité de produit, et sous l'action de la même température.

Les caractères essentiels de ces vapeurs sont les suivants : couleur d'un beau violet qui, par le refroidissement et la condensation, passe au brun clair, puis au marron. Densité : 8.716, ce qui correspond au poids de 11 gr. 169 par litre. Ces vapeurs sont donc très lourdes, et c'est grâce à cette propriété physique que nous pourrons les employer facilement à l'aide de dispositifs relativement fort simples.

L'iodoforme contenant 97 o/o d'iode dans sa constitution, il est probable que les vapeurs provenant de sa décomposition en contiennent approximativement autant, aussi ne craindrons-nous pas d'employer cette expression d'iode à l'état naissant.

Sous l'influence du refroidissement, ces vapeurs se condensent et se déposent en couches uniformes de cristaux iodés.

L'enfumage iodé peut être interne, cavitaire ou externe, suivant les exigences des cas à traiter.

L'enfumage *externe* s'applique aux plaies en surface et aux affections dermatologiques

L'enfumage *cavitaire* est celui que l'on pratique dans

les trajets fistuleux, dans les cavités accessibles, telles que le vagin et l'utérus, par exemple.

L'enfumage *interne* est réservé aux kystes, abcès, tissu cellulaire, articulations, ganglions, etc...

Au sujet des moyens de production d'iode, Louge nous apprend qu'ils sont nombreux « pour l'usage courant, le praticien donnera la préférence à l'iodoforme en combustion à cause de la facilité de son emploi et de sa richesse en teneur iodée. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, ajoute-t-il; la teinture d'iode enflammée ne fournit que très peu de vapeurs iodées. Il en est de même du coton iodé qui ne dégage en brûlant que fort peu de vapeurs. Un tampon imprégné d'iode en poudre ne dégage que fort peu de vapeurs ».

L'iodoforme, au contraire, sous un faible volume, dégage par sa combustion des vapeurs abondantes d'iode.

Les procédés d'enfumage sont fort nombreux.

Le procédé le plus simple consiste à saisir un tampon de coton hydrophile à l'extrémité d'une pince, à l'imprégner de poudre d'iodoforme et à l'emflammer par le côté non imprégné. Le coton commence par brûler et se carboniser, puis les vapeurs violettes apparaissent. Il suffit alors de placer le tampon enfumeur à une légère distance de la partie à enfumer, et l'on voit celle-ci progressivement jaunir, puis brunir, suivant la durée de l'application.

Il convient d'espacer les brindilles du coton pour en faciliter la combustion. Une simple pincée d'iodoforme est suffisante.

Citons aussi l'enfumage à la houppe, à la ventouse, à la verrine, à l'entonnoir, à l'enfumoir Reynès, à la seringue, et voyons comment Louge comprend les indications de cette méthode.

L'enfumage est indiqué dans tous les cas où l'iode trouve son application : comme « révulsif » seul ou combiné à l'application des pointes de feu, comme « antiphlogistique », comme « fondant », comme « modificateur des tissus », plaies, ulcères, métrites, engorgements utérins et péri-utérins, dans le pansement des plaies opératoires, comme « désinfectant » du champ opératoire et les foyers des fractures ouvertes, etc.

Le 15 janvier 1912, le docteur Louge communique à la Société de chirurgie de Marseille la guérison rapide d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied par l'enfumage iodé, et fait ressortir la disparition précoce de la douleur, dès le début du traitement.

Citons aussi les travaux de L. Lépinay et Jean Chalut, qui ont particulièrement étudié l'action des vapeurs d'iode sur le péritoine de certains animaux (1).

Au point de vue technique et instrumental, le docteur Louge a publié, dans la *Gazette des Hôpitaux* (n° 67, 1912), une intéressante revue générale de mise au point de l'enfumage actuel.

Notre excellent camarade, le docteur Raillard, vient de faire ressortir, dans sa thèse de Paris, tous les avantages à retirer de l'emploi des vapeurs d'iode en pratique oto-rhino-laryngologique.

Notre camarade Moiroud, interne des hôpitaux de Marseille, a aussi publié les résultats surprenants qu'il avait obtenus par l'enfumage iodé en urologie, dans le traitement des chancres mous à bacilles de Ducrey, et

(1) L. Lépinay et Jean Chalut. — De l'enfumage iodé en thérapeutique humaine et en thérapeutique vétérinaire. (Revue de pathologie comparée, 1912, n° 79, p. 27.)

d'anciennes syphilides ulcéreuses, ainsi que l'intéressante cure d'un noma de la vulve.

Notre camarade, le docteur Farnarier, dans sa thèse de Paris (novembre 1912), conclut à l'indication de l'enfumage iodé dans les cystites, quelle qu'en soit la cause, et comme indication de choix dans les cystites tuberculeuses pour lesquelles le nitrate d'argent est contre-indiqué.

Nous-même avons obtenu des guérisons rapides dans des vaginites granulo-ulcéreuses, des ulcérations du col utérin et des bartholinites simplement, mais précocement incisées (Obs. IV).

On sait pourtant combien ces affections sont tenaces et ne rétrocèdent qu'à des échéances souvent fort éloignées du début du traitement.

En décembre 1911, à l'hôpital militaire de Marseille, l'enfumage iodé, pratiqué par nos soins dans des bubons suppurants à gros décollements, a amené leur rapide et complète cicatrisation en quelques séances.

Le professeur H. Reynès, de Marseille, a été un des premiers à s'intéresser à la méthode de Louge et à l'expérimenter sur de très nombreux cas, tant dans son service de chirurgie générale qu'à la clinique gynécologique de l'Ecole de médecine où nous l'assistions dans ses observations.

Il a chauffé de l'iodoforme dans des enfumoirs dont la nouveauté lui appartient et qu'il a présentés au Congrès de chirurgie de Paris (octobre 1911), en exposant les excellents résultats obtenus dans diverses affections par l'enfumage iodé d'origine iodoformique.

Cette conférence est exposée dans son article de la *Presse Médicale*, intitulé « l'Enfumage iodé ».

Quelque temps après, ce même clinicien publiait, dans le *Progrès Médical*, les résultats qu'il avait obtenus par

cette nouvelle méthode en gynécologie et annonçait ainsi notre étude :

« Pourra-t on demander plus encore à l'enfumage iodé en gynécologie ? Des tubes intra-utérins peuvent permettre d'introduire les vapeurs dans la cavité utérine cervico-corporiale préalablement dilatée. Deux de mes élèves, MM. Buges et Escande, viennent de faire des essais dans ce sens sur des métrites *post-abortum* ; la question est encore à l'étude. »

Le docteur Poucel, de Marseille, a communiqué aussi dernièrement, au Comité médical des Bouches-du-Rhône, une intéressante étude sur l'heureux effet de l'enfumage iodé sur divers cas d'épithéliomas.

Le docteur H. Bouquet, dans le *Monde Médical*, termine aussi son excellent article sur les vapeurs d'iode par ces termes : « Et voilà comment les belles vapeurs violettes » engendrées par le chauffage de l'iodoforme, désagréa- » bles et nocives pour les organismes sains, iront porter » leurs forces curatives sur les productions et les lésions » pathologiques relevant d'un nombre inappréciable » d'affections d'origines diverses.

» Voilà comment une quantité de malades verront leur » état s'améliorer ou même redevenir à la normale, grâce » à l'idée ingénieuse d'un bon médecin. »

TECHNIQUE OPERATOIRE

Comment, en présence d'une métrite, pouvons-nous lui opposer le traitement par l'enfumage iodé ?

Deux procédés sont à notre disposition, le premier ne nécessitant aucun appareil, aucune installation spéciale, c'est celui de la combustion d'un tampon d'ouate iodoformée ; le second est celui des enfumoirs, dans lesquels nous comprendrons l'enfumage à la seringue, à la verrine, à l'entonnoir et au ballon générateur. Tel ou tel procédé s'adapte plus particulièrement à certains cas. Il y a lieu de distinguer également, suivant le siège et la nature des lésions, l'enfumage iodé du col et du museau de tanche et l'enfumage de l'endomètre.

Enfumage du col ou enfumage externe. — Après avoir fait placer la malade en position gynécologique normale, plaçons un spéculum qui nous laisse apercevoir le col de l'utérus. S'il ne s'agit que d'une métrite du col au début, de la portion externe du col, le procédé le plus simple et qui sera suffisant sera celui du tampon ou de la houppe de coton chargée d'iodoforme.

Ayons soin cependant, à cause du poids des vapeurs, qui, comme nous le savons, sont plus lourdes que l'air, de relever le plus possible le siège de la malade afin que son vagin soit dirigé de haut en bas et d'avant en arrière.

Une injection vaginale aseptique chaude est nécessaire pour favoriser le décollement du muco-pus qui peut rester adhérent aux parois du vagin ou à l'orifice du col.

A l'aide de la pince à pansement et d'un tampon de coton, il est important d'*assécher* tout liquide, tout suintement persistant, et si ces préparatifs ont été exécutés avec soin, l'enfumage n'en sera que plus profitable.

Saisissons donc une houpette de coton à l'extrémité d'une pince à pansement, imbibons-la de poudre d'iodoforme et enflammons-la. Immédiatement, les vapeurs lourdes d'iode se dégageront. Approchons et introduisons ce tampon entre les valves du spéculum, toujours en place, jusqu'à une faible distance du col, en évitant de l'éteindre par un mouvement trop brusque ; les vapeurs continueront à se dégager et à emplir le vagin..

Par leur refroidissement, en vertu de leur poids spécifique et de la position du vagin, elles iront se déposer en une fine poussière d'un brun « chocolat » sur toute la portion vaginale du col et de son orifice.

Enlevons alors lentement le spéculum ; le vagin, un moment distendu, reviendra sur lui-même en expulsant l'excès de vapeur dont le refroidissement n'aura pas été assez rapide pour permettre leur dépôt. La première séance d'enfumage externe du col aura été ainsi faite.

Les débutants auront soin de ne pas trop charger le tampon d'iodoforme, de ne pas brûler la malade et d'éviter la propagation des vapeurs dans la salle.

Il convient aussi de faire usage d'un vieux spéculum et de pinces dont le nickel n'ait pas à souffrir, car l'iode attaque les aciers et les nickels.

Si l'on charge trop le tampon de poudre d'iodoforme, ce qui d'abord est inutile, on s'expose, en outre, à voir le tampon s'éteindre sitôt enflammé, produire beaucoup

trop de vapeurs, dont la diffusion est désagréable pour la gorge et les yeux des assistants et de l'opérateur.

Dès que l'enfumage est terminé, il faut également plonger ce tampon dans un récipient d'eau, placé à portée de l'opérateur, toujours pour éviter la propagation des vapeurs irritantes et ennemies des objets nickelés.

On peut aussi faire un bon enfumage externe du col à l'aide de l'entonnoir, procédé décrit par Louge dans la *Gazette des hôpitaux*, et qui peut, même dans certains cas, supprimer l'emploi du spéculum.

« On prend un petit entonnoir en verre dont l'ouverture étroite est dirigée en bas ; on maintient, à l'aide d'une pince, le tampon enfumeur dans sa cavité, en prenant la précaution, pour éviter l'issue des vapeurs, de recouvrir autant que possible avec une rondelle de papier la partie supérieure de l'entonnoir. En vertu de leur poids spécifique, les vapeurs descendent, et il est facile, grâce à cette canalisation, de les déposer soit sur le champ d'action, soit dans les trajets fistuleux larges ou cavités...

» Il est nécessaire de maintenir le tampon vers le milieu de l'entonnoir afin d'éviter, par sa descente dans le fond, la formation d'un véritable bouchon interceptant la sortie des vapeurs. »

Ce procédé de l'entonnoir s'adapte très bien à l'enfumage externe du col dans les métrites cervicales.

Enfumage de l'endomètre ou enfumage cavitaire. — L'enfumage iodé de l'endomètre, que nous avons employé avec succès contre les endométrites, entre dans la catégorie des enfumages cavitaires et exige un dispositif légèrement plus compliqué.

Nous nous sommes servi utilement de la seringue, de l'ampoule-enfumoir, de l'enfumoir Reynès et du modèle

Louge, et enfin du ballon générateur qui nous a donné pleine satisfaction.

Il s'agit, à travers le col utérin, plus ou moins dilaté, de « propulser » les vapeurs dans l'endomètre.

Le col étant préalablement dilaté ou facilement dilatable, tout au moins pour permettre d'introduire par son orifice une canule en verre intra-utérine à courant de retour, comme celles employées en pratique gynécologique et obstétricale ; cette canule étant en place, il faudra lui rajuster, à l'aide d'un raccord de caoutchouc, soit une séringue pleine de vapeur, soit tout autre générateur.

Voici en quels termes s'exprime Louge sur l'enfumage à la seringue :

« Comme je l'ai déjà dit, rien n'est plus simple que de recueillir les vapeurs iodées. J'emploie à cet effet la vapeur iodée que je recueille dans un verre de champagne légèrement chauffé, vulgairement désigné sous le nom de flûte,

» On dispose le tampon enfumeur, maintenu au milieu du verre à l'aide d'une pince, et l'on recouvre le tout à l'aide d'un petit couvercle de carton. Quand les vapeurs abondantes emplissent le verre, il n'y a qu'à les aspirer aussitôt avec une seringue en verre préalablement chauffée légèrement, et on les injecte sans tarder dans les cavités destinées à les recevoir (fistules, endomètre, etc.).

» On peut, si c'est nécessaire, recommencer plusieurs fois la manœuvre. »

Des seringues spéciales avec raccords en verre et très hermétiques ont été construites, par divers industriels, à cet effet.

On devra seulement employer systématiquement des canules utérines permettant le retour des vapeurs à cause du passage possible des vapeurs dans les trompes et, par

suite, dans le péritoine. Cette pénétration, d'ailleurs non démontrée, doit être justement à craindre si l'on considère d'une part la friabilité et la non-consistance des tissus enflammés et de l'autre la facilité avec laquelle se produisent « les fusées d'enfumage » lorsque ce dernier est fait sous pression.

Passons maintenant à la description de l'appareil que nous avons le plus employé et qui nous a donné de bons résultats dans les enfumages de l'endomètre.

Enfumage au ballon générateur. — L'appareil qui nous a paru le plus commode et que nous avons utilisé pour cet enfumage cavitaire est constitué essentiellement par un ballon de verre où l'on introduit la poudre d'iodoforme, « *ballon générateur* », et d'une soufflerie de Richardson qui permettra à l'opérateur de projeter les vapeurs produites hors du ballon.

Ce générateur a deux tubulures, une supérieure, qui après avoir servi à charger l'appareil sera fermée d'un bouchon donnant passage à un tube de verre.

L'autre tubulure est latérale et livre passage à un tube de verre reliant le ballon à la soufflerie.

Une simple lampe à alcool est suffisante pour chauffer le ballon générateur, et l'appareil sitôt chargé est prêt à fonctionner.

Chauffons l'appareil, et nous verrons immédiatement apparaître les vapeurs iodées à l'intérieur du ballon.

Une ou deux expressions de la soufflerie les expulseront par la tubulure supérieure, et nous pourrons alors en disposer comme nous l'entendrons.

La dilatation préalable du col est très importante ; nous avons adopté les excellents principes de Trélat et de son élève Pierre Delbet qui insistent sur la dilatation, traitement initial des métrites.

Cette dilatation, indispensable pour drainer et enfumer aisément l'endomètre, peut s'effectuer selon deux modes : extemporanément, à l'aide de dilatateurs, sondes dilatatrices, bougies d'Hégar, etc., ou lentement et progressivement à l'aide d'introductions dans le col de tiges de laminaires creuses et stériles.

Lorsqu'un curettage s'impose d'urgence pour rétention de débris placentaires, on doit effectuer la dilatation rapide, mais lorsqu'on peut attendre, il convient, sans hésiter, de choisir la dilatation lente dont on retirera les meilleurs résultats.

Il suffit, d'ailleurs, d'une dilatation modérée pour introduire dans le col les canules nécessaires.

La question de raccorder ces canules avec l'appareil n'est qu'une petite mise au point que l'opérateur obtiendra facilement d'emblée avec un peu d'habileté et d'attention.

Une autre question se pose dans la technique opératoire, c'est le nombre des séances et la durée de chacune d'elle. En principe, la fréquence et la durée des séances doivent être en raison inverse l'une de l'autre : si les séances sont rapprochées, leur durée sera courte ; si, au contraire, les séances sont espacées, la durée de chacune d'elles doit être plus longue ; mais, en moyenne, on devra pratiquer l'enfumage deux ou trois fois par semaine, chaque séance étant de quelques secondes à une minute.

Cela dépendra aussi, par la suite, des constatations per-

sonnelles de chaque opérateur et des résultats obtenus par ses soins.

Cette méthode peut être utilement associée au traitement courant des métrites, et est indiquée chaque fois qu'on désire obtenir une désinfection rigoureuse de l'utérus ou de son col.

Combiné au curettage, actuellement du domaine de tout praticien, l'enfumage remplacera avantageusement l'emploi de certains topiques caustiques, tels que le chlorure de zinc, avec lequel on a si souvent observé de graves accidents, tels qu'escharres, métrorragies, sténose cicatricielle, dysménorrhée, etc...

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Dans son article sur l'Enfumage iodé en gynécologie, Reynès s'exprime ainsi :

« Il était naturel d'en faire l'essai en gynécologie, et de voir ses résultats contre diverses affections utérines, relevant de soins externes par voie vaginale. »

En effet, si, en thérapeutique locale, les attouchements de teinture d'iode, les lavages et pansements aux solutions iodo-iodurées, les applications de poudre d'iodoforme (méthane tri-iodé) de di-iodoforme (tétra-iodure d'éthylène), etc..., donnent de bons résultats, les vapeurs d'iode ne peuvent en fournir que d'aussi bons et même de meilleurs :

Sans inflammation surajoutée, ni phlyctènes, ni vésication douloureuse, elles étaleront régulièrement l'iode naissant sur les endroits et dans les milieux enfumés ; et cela sans altération des propriétés générales de l'iode que nous savons essentiellement révulsives, antiseptiques, trophiques et fondantes.

Davaine a démontré la neutralisation du virus charbonneux par l'iode en solution faible (1/12000). Vigal et O. Réveil ont montré également l'abolition par l'iode de la virulence du pus chancreux et du vibrion septique.

L'iodoforme, mis en présence des tissus infectés, se décompose et agit comme antiseptique par cette décom-

position. Il se décompose, nous dit Stokvis, sous l'influence de la lumière et de la chaleur ; par la mise en présence des corps et acides gras d'après Binz, tandis que Ruyter attribue cette décomposition à l'action des batteries même et des ptomaïnes pyogènes.

L'iode, mis en liberté, combiné à ces ptomaïnes donnerait, d'après Behring, un iodure qui n'aurait plus d'effet suppuratif.

C'est donc bien, comme l'affirme Neisser, l'iode mis en liberté qui, dans la thérapeutique iodée, devient le seul antiseptique, et d'autant plus actif qu'il est à l'état naissant.

Avec la *vapeur d'iode*, résultant de la décomposition extemporanée de l'iodoforme par la chaleur, nous n'avons pas à attendre ni à compter sur l'action de tel ou tel agent, sur telle ou telle réaction plus ou moins rapide et complète ; nous disposons immédiatement de l'antiseptique puissant dont les qualités ont été si bien prouvées, si bien constatées

Les résultats que nous avons obtenus au cours de nos observations ont été souvent au-dessus de nos espérances, et nous conseillerons systématiquement le traitement par l'enfumage dans les métrites *post-partum* ou *post-abortum*.

Les avantages du traitement, pour ne citer que les plus importants, sont qu'il est *conservateur*, qu'il n'est *pas douloureux*, qu'il ne s'accompagne d'*aucune élévation de température*, qu'il est *sédatif* à un très haut degré et qu'il est *bien accepté par les malades*.

Trélat disait à ses élèves : « Soignez les métrites pour en éviter les dangereuses complications. »

Chacun sait aujourd'hui combien les inflammations des

muqueuses tendent à s'aggraver et se propager rapidement si elles ne sont combattues par un traitement énergique et précoce : l'enfumage iodé remplit ces conditions, il est en outre facile à réaliser.

Les métrites cervicales ou cervicites et les endométrites sont, en effet, l'origine des lésions inflammatoires particulièrement graves des annexes de l'utérus et du péritoine.

Ces dernières affections, outre leur gravité, exigent une opération sanglante dont les résultats peuvent être fâcheux sous bien des rapports. Non pas que la chirurgie gynécologique ne sache, par ses incessants progrès, mener à bien la plupart des interventions, mais en raison même des dangers indéniables de toute intervention (anesthésie, choc opératoire, infection), à cause aussi des troubles résultant de la suppression ou d'un grand traumatisme de l'appareil génital (stérilité procréatrice, et syndrome d'insuffisance glandulaire, seulement ovarienne ou quelquefois pluri-glandulaire chez les hystérectomisées).

OBSERVATIONS

Observation Première

Métrite et para-métrite post-partum — Enfumage iodé — Guérison

A... Clémentine, ménagère, âgée de 22 ans, entre dans le service de gynécologie le 6 novembre 1911.

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Cette malade a eu une « fluxion de poitrine » à l'âge de 14 ans.

Bien réglée jusqu'à sa première grossesse, qui a été bien tolérée et suivie d'un accouchement normal et de bonnes suites, il y a quatre ans.

Réapparition des menstrues et évolution normale jusqu'au 15 décembre 1910, date de ses dernières règles, nouvelle grossesse; durant cette dernière grossesse, pertes abondantes blanc jaunâtre, peu fétides. L'accouchement a lieu normalement à la Maternité de Marseille le 21 septembre dernier (sur la feuille d'observation obstrétricale, on remarque que les membranes de l'œuf furent déchiquetées).

L'accouchée reçoit par les soins de la sage-femme de garde une injection intra-utérine, et le soir même de l'accouchement, on observe une température rectale de 38°5.

Pendant les jours qui suivent l'accouchement, l'abdo-

men est volumineux, tendu et fortement douloureux. Les lochies sont abondantes et fétides. Température oscillant dans les environs de 38°. Cet état se poursuit avec des périodes d'aggravation et d'amélioration jusqu'au 14e jour. Température 39°. Le 15e jour, température 37°. Sur un léger état de mieux, cette malade infectée utérine quitte sur sa demande la Maternité le 20e jour après l'accouchement.

Chez elle : repos (?), injections vaginales chaudes au permanganate de potasse, les lochies sont toujours abondantes, le ventre douloureux à la pression. La malade est immobilisée et admise le 6 novembre dans le service.

Examen difficile, très forte défense abdominale, douleur au toucher vaginal ; malgré la difficulté de l'examen gynécologique, on constate un empâtement du cul-de-sac postérieur et un utérus volumineux.

Le col apparaît, au spéculum, œdématié et rouge, présentant sur sa lèvre antérieure une vaste ulcération en « chapeau de gendarme » qui s'étend jusqu'au cul-de-sac antérieur.

Repos absolu, diète lactée, glace sur le ventre. Injections vaginales bi-quotidiennes.

Amélioration des phénomènes douloureux, mais les lochies sont toujours abondantes et malodorantes. L'ulcération du col paraît tenace. Nous commençons l'enfumage externe du col par le procédé du tampon d'ouate le 11 novembre, et le poursuivons le 12 et le 13. Enfumage du col et de la cavité utérine au ballon générateur, les quelques jours qui suivent, en même temps que nous assurons la béance du col par une dilatation lente par des laminaires creuses.

Le 24 novembre, apparitions des règles, suspension de tout traitement ; reprise le 1er décembre.

L'ulcération rétrocède peu à peu en se cicatrisant des bords vers l'orifice du col, nous entretenons la dilatation modérée par le passage de canules et de quelques laminaires appropriées, et assistons en quelques jours à la disparition de l'écoulement purulent. L'écoulement muqueux se tarit à son tour, et la malade sort du service fin décembre, ne perdant plus et ne souffrant plus.

Un examen maintenant facile permet d'apprécier le volume normal de l'utérus et des annexes ; les culs-de-sac sont libres de tout empâtement et l'ulcération du col est absolument cicatrisée.

Observation II.

Métrite post-abortum — Enfumage iodé — Guérison.

M... Marcelle, 18 ans, ouvrière, entre en gynécologie le 10 novembre, ayant avorté deux jours auparavant à un mois et demi de grossesse.

Elle souffre et perd « en rouge » modérément.

Bien réglée dès l'âge de 13 ans, elle a depuis longtemps des « pertes blanches » abondantes. Elle a eu une forte métrorragie au moment de son avortement et a expulsé de nombreux caillots.

A l'examen, le col est presque complètement refermé, l'utérus est peu sensible. Bon état général. Pas d'élévation thermique ni d'accélération du pouls. Aucune intervention n'est jugée nécessaire. Repos absolu, alimentation légère, injections vaginales...

Le suintement sanguin se poursuit quelques jours et fait place à des pertes muco-purulentes abondantes, jaunes

et malodorantes, sans toutefois de retentissement sur l'état général.

Le malade continue à prendre des injections vaginales chaudes antiseptiques, sans amélioration.

Nous entreprenons la dilatation lente du col, assez difficile à réaliser ; aussi, pour ne pas risquer de favoriser une plus grande infection, nous contentons-nous de cette dilatation toute cervicale pour commencer l'enfumage le 11 décembre.

A l'examen pratiqué ce jour là, nous constatons peu de sensibilité de l'appareil utéro-ovarien : au toucher, col de consistance ferme, légèrement entr'ouvert, annexes insensibles, culs-de-sac libres. Au spéculum, vagin souple, normal, col rouge ulcéré, laissant sourdre de grosses mèches purulentes.

Première séance d'enfumage intra-cervical et vaginal. Le col et le vagin se recouvrent d'une fine couche d'iode d'un beau brun métallique. Aucune sensation douloureuse, pas le moindre picotement.

Le 13 décembre. Ecoulement moins abondant, deuxième séance. Léger picotement ne subsistant que quelques minutes.

L'amélioration ne commence à s'accuser qu'après huit séances pratiquées une tous les deux jours.

Les pertes se fluidifient et deviennent de moins en moins abondantes. La malade ne souffre plus du ventre, et aucun nouveau symptôme ne vient troubler le bien-être qu'elle retire de notre thérapeutique. L'ulcération cervicale est guérie complètement, et la malade sort en très bon état le 30 décembre 1911, soit 20 jours après le début de notre traitement par les vapeurs d'iode.

Observation III.

Métro-ovaro-salpingite chronique. Enfumage iodé — Echec de la méthode — Opération indispensable.

D... Béatrice, 33 ans, ménagère, entre dans le service avec le diagnostic de métrite (douleurs pelviennes violentes, leucorrhée abondante et fétide).

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels ; premier enfant, il y a huit ans et demi ; deuxième, il y a 7 ans, suivi de fièvre puerpérale: un an après, enfant prématuré à 7 mois de gestation, fièvre puerpérale, et, un an après, avortement à 4 mois de gestation... curettage.

Depuis cinq ans, règles assez régulières, pas de pertes dans l'intervalle quand, en janvier 1911, cette femme est prise de douleurs abdominales et lombaires, écoulement purulent et malodorant. Cet état se poursuit jusqu'en juillet, où elle entre à l'hôpital de la Conception. Elle est soignée par des pansements vaginaux antiseptiques et sort quinze jours après peu améliorée.

Le 31 octobre, elle entre à nouveau en gynécologie.

Les douleurs sont violentes, surtout dans la fosse iliaque droite, elles sont exagérées par la marche, la station debout et la pression. Les pertes exhalent une odeur infecte.

A l'examen, nous constatons un utérus douloureux, surtout quand nous en déprimons le fond.

Défense abdominale limitée à la région utéro-annexielle. Les annexes sont douloureuses surtout à droite, sans augmentation de volume appréciable.

Au spéculum : col gros, œdématié, rouge, son orifice

est petit et laisse échapper un flot de muco-pus jaunâtre, strié de quelques filets de sang.

Repos au lit. Alimentation légère. Pas de température.

Le 3 novembre. — Introduction dans le col d'une laminaire pour dilater et drainer cette cavité. Douleurs persistantes et écoulement abondant pendant toute cette période de dilatation.

Le 7. — Première séance d'enfumage iodé de l'endomètre à l'aide d'une canule intra-utérine et de notre ballon générateur.

Cette première séance est bien tolérée, la malade n'accuse qu'un léger picotement vaginal. Le col et le vagin se tapissent d'une couche d'iode et prennent un aspect bronzé.

Les jours suivants, même technique.

Le 9. — Les phénomènes douloureux sont atténués et les pertes moins fétides. Cependant, comme le col a tendance à se refermer, nous sommes obligés de faire de la dilatation quasi permanente à l'aide de laminaires creuses, pour éviter la rétention des produits microbiens.

La malade ne présente aucune élévation thermique et conserve un assez bon état général.

Malgré notre traitement, nous n'obtenons aucun résultat appréciable. Une intervention chirurgicale est longuement étudiée et discutée avec le professeur Reynès, chef de service, et la laparotomie est pratiquée le 16 novembre.

L'utérus est gros, tout le tissu conjonctif est atteint d'inflammation chronique, annexes grosses et boursoufflées. Volumineux pyo-salpinx à droite, nombreuses adhérences.

L'intervention consiste dans l'ablation des annexes.

L'opération mutilatrice seule pouvait avoir raison de lésions si avancées, si anciennes et si étendues.

Observation IV

Métrite post-abortum. — Curage digital. — Enfumage iodé. — Guérison

B.... Louise, 26 ans, ménagère, entre dans le service de gynécologie, le 15 février 1912.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : pas de maladies antérieures. Réglée à l'âge de 18 ans ; grossesse normale à 23 ans, se terminant par un accouchement normal et suites bonnes ; menstruation assez régulière ; leucorrhée intermittente jusqu'au 1er janvier 1912. Depuis, tous les symptômes d'un début de nouvelle grossesse.

Le 11 février. — Perte abondante de sang, expulsion de volumineux caillots, à la suite de violentes tranchées abdominales et lombaires.

Le 15. — La malade entre dans le service. Douleurs abdominales et lombaires violentes, métrorragie abondante.

A l'examen, col entr'ouvert, permettant sans difficulté un curage digital, suivi d'une injection intra-utérine.

A la suite, pas d'état fébrile ; repos au lit et expectative.

Une bartholinite, qui menaçait depuis quelques jours, évolue vers la suppuration. Incision de la bartholinite, le 21. La température, qui, la veille, avait atteint 39°, tombe dans les environs de 36°.

Cependant, du côté utérin, le suintement sanguin fait place à des pertes abondantes, purulentes et fétides.

Un examen attentif que nous pratiquons le 23 nous montre une légère défense abdominale, un utérus gros et sensible, un col œdématié à orifice entr'ouvert. Les

culs-de-sac vaginaux sont libres et non douloureux. Au spéculum, le col apparaît rouge, ulcéré sur le pourtour de son orifice qui laisse échapper des traînées abondantes de muco-pus verdâtre.

La bartholinite est en bonne voie.

Le 23. — Première séance d'enfumage externe du col et de la bartholinite. Très bien supporté.

Le 25. — Deuxième séance.

Nous constatons, dès le 26, une amélioration dans la nature de l'écoulement et un début de cicatrisation de l'ulcération circulaire du col, moins de sensibilité du col et de l'utérus au toucher et cicatrisation presque complète de la bartholinite. Etat général toujours satisfaisant ; troisième séance d'enfumage par le même procédé.

Les jours suivants, amélioration très notable, qui se poursuit jusqu'à guérison complète, après neuf séances d'enfumage.

Les observations suivantes sont dues à l'obligeance de M. le docteur Louge, chirurgien des Hôpitaux, prises dans son service à l'hôpital de la Conception.

Observation V

(Résumée)

Métrite hémorragique des jeunes filles

D. M..., Marie, 21 ans, salle Bouquet, n° 27.

Début coïncidant avec celui des menstrues il y a trois ans ; depuis, la malade perd continuellement, avec recrudescence au moment des règles. Ces métrorragies sont atténuées par le repos, mais reparaissent dès le moindre

exercice. La malade s'est soignée depuis un an par le repos et injections, mais sans succès.

Etat actuel. — Fortement anémiée. Fatigue au moindre effort et pesanteur dans la région lombaire. Pas de douleurs abdominales.

A l'examen. — On constate un col ramolli, légèrement augmenté de volume, utérus en rétroflexion. L'hystéromètre, introduit dans la cavité utérine, donne la sensation d'une muqueuse épaissie, se désagrégeant sous forme de bouillie rougeâtre.

Le 10 mai. — Sous anesthésie, dilatation aux bougies d'Hégar. Curettage, écouvillonnage de la cavité utérine. Introduction d'un tube intra-utérin à courant de retour. Enfumage iodé pendant une minute environ. Une gaze intra-utérine est laissée. Le soir même, température 37°4. Pas de douleurs.

Le 11 mai. — Gaze utérine retirée. Enfumage de l'endomètre.

Les jours suivants. — Matin et soir, toilette vulvaire, injection vaginale d'eau bouillie lusoformée. Les jours suivants, pas de pertes, état local et général excellents.

Le 20 mai (10 jours après l'intervention). — La malade commence à se lever et *quitte l'hôpital le 28 mai*, complètement guérie.

Observation VI

(Résumée)

Curettage post-abortum. — Métrite améliorée par l'enfumage iodé

T... G... 22 ans, salle Bouquet, n° 28. Entrée le 16 août 1912.

Cette malade a déjà eu un avortement il y a six mois.

Revenue enceinte depuis deux mois, a avorté il y a trois jours et présente des pertes sanguinolentes très fétides. Température 39°8. frissons violents, douleurs abdominales violentes. Céphalée très intense.

Localement. — Utérus gros, col dilaté laissant le passage de l'index qui perçoit des débris de membranes impossibles à extraire.

Le 18 *avril*. — Dilation aux bougies d'Hégar, curettage et enfumage iodé de l'endomètre. Durée de la séance : une ou deux minutes Le soir même, chute de la température, pas de douleurs.

Le 19. — Plus de température. Nouvelle séance d'enfumage.

Les 20 *et* 21. — Pertes jaunâtres inodores. Injections vaginales, les jours suivants l'utérus diminue rapidement de volume et les pertes se fluidifient.

Le 28. — Les pertes ont presque absolument cessé et le col est refermé.

Le 8. — La malade sort sur sa demande, très bon état local et général.

Cette malade profondément infectée s'est vue guérie par un simple curettage, sans autre antisepsie utérine que l'enfumage iodé pratiqué en deux séances seulement.

Observation VII

(Résumée)

Rétention placentaire post-abortum. — Curage digital insuffisant. — Curetto-enfumage. — Guérison rapide.

A... M.... 22 ans, salle Bouquet, n° 20. Entrée le 9 mars 1912.

Enceinte de trois mois, cette malade a avorté après être tombée d'une échelle (?) ; elle entre dans le service

48 heures après avec 39° de température, fièvre, frissons. Elle subit un curage digital qui amène le placenta incomplètement ; cependant grâce à une injection intra-utérine, la température baisse le soir.

Le lendemain, nouveaux symptômes d'infection utérine T : 39° 9. Utérus gros, col entr'ouvert, pertes très fétides.

Curettage qui amène encore quelques débris placentaires et des membranes. Enfumage iodé de l'endomètre de deux minutes. Le soir même, la température, qui, le matin, était de 39°9, se trouve abaissée à 37°. Plus de pertes, plus de douleurs abdominales. L'utérus diminue très rapidement les jours suivants, et la malade quitte le service la semaine suivante sans perte aucune, avec le col utérin refermé.

Revue deux mois après, état local et général parfaits. Une seule séance d'enfumage après curettage a fait disparaître immédiatement tous les symptômes de métrite infectieuse.

Observation VIII

Métrite hémorragique.— Assèchement de l'utérus par l'enfumage iodé. Guérison

J... M..., 28 ans, lit 17, salle Bouquet. Entrée le 21 février, sortie le 12 mars. Il y a quatre mois et après avoir présenté un retard de règles de 42 jours, réapparition des menstrues accompagnées de douleurs abdominales et lombaires très vives. Depuis la malade présente un suintement hémorragique continu, augmentant avec la moindre fatigue et ne s'arrêtant pas par le repos. Chloro-anémie manifeste, pâleur des téguments. Pouls à 110, pas de fièvre.

Localement : utérus gros, col entr'ouvert.

23 *février*. — Anesthésie, dilatation du col aux bougies d'Hégar, curettage et enfumage de l'endomètre avec le ballon générateur.

24, 25 *février*. — Nouvelles séances d'enfumage intra-utérin.

L'utérus diminue rapidement de volume, les hémorragies s'arrêtent, et le 5 mars le col est refermé. La malade sort le 12 mars.

Au cours du traitement, pas de fièvre, pas de douleurs.

Revue 2 mois après, guérison confirmée et absolue.

Observation IX

Sténose du col utérin. — Endométrite concomitante. — Dilatation. — Curetto-enfumage. — Amélioration.

Z... Th..., 23 ans entrée le 15 mai, sortie le 29 juin, salle Bouquet (4 bis). Depuis 2 mois environ, cette malade présente des pertes jaunâtres muco-purulentes et très abondantes, accompagnées de douleurs à la miction, ténesme vésical et douleurs abdominales constantes qui l'obligent à garder le repos.

Examen. — Au toucher, chaleur très marquée du vagin et du col. L'utérus tout entier est douloureux. Au spéculum, le museau de tanche apparaît rouge et tuméfié avec un orifice punctiforme. Repos pendant un mois, injections vaginales chaudes. Les laminaires, introduites à plusieurs reprises dans le col, ne peuvent être tolérées. La température oscille entre 37° et 38°, pertes toujours abondantes et douleurs persistantes.

Le 14 juin. — Sous anesthésie, dilatation du col (Hégar) et curettage immédiatement suivi, comme seul antiseptique, d'une propulsion de vapeurs d'iode (durée : deux minutes et demie).

Le 16 juin. — Quelques pertes fluides blanchâtres. Seconde séance d'enfumage.

Les jours suivants, injections aseptiques de « propreté », disparition presque absolue de l'écoulement cervical, si ce n'est, après de longues stations debout, un léger suintement séreux...

Observation X

Métrite infectieuse post-abortum. — Curetto-enfumage. — Guérison

C... E..., 35 ans. Entre le 16 et sort 28 juin. Lit 18, salle Bouquet. Enceinte de 3 mois, a avorté il y a 8 jours. Depuis, pertes sanguines abondantes.

Examen. Mauvais état général. Facies anémique, pâleur extrême des téguments et des muqueuses oculaires et labiales. Pouls à 100. T. : 38°4. L'utérus est gros et son col entr'ouvert.

Après avoir pris, par voie sous-cutanée, une dose élevée de sérum physiologique, la malade subit sous anesthésie la dilatation (Hégar) et le curetto-enfumage suivant notre technique habituelle.

Le 18 juin. — Quelques légères douleurs lombaires, pas de température.

Le 19 juin. — Plus de pertes, injection vaginale aseptique.

Le 22 juin. — Col complètement refermé, disparition absolue des douleurs utérines, même au palper combiné au toucher. L'amélioration se poursuit les jours suivants, et la malade sort sur sa demande le 28 juin, soit douze jours après son entrée. Cette femme, en puissance d'infection post-abortive, se trouve guérie rapidement par le curetto-enfumage ; *curettage* banal, mais suivi d'enfumage iodé.

INTOXICATION (?), ÉLIMINATION DE L'IODE ABSORBÉ

Parmi ceux qui ont utilisé l'enfumage iodé en thérapeutique locale, aucun expérimentateur n'a constaté de phénomènes d'intoxication chez les malades soumis au traitement.

On doit cependant se demander ce que devient cet iode que nous déposons sur une plaie, en l'espèce, sur la muqueuse utérine malade.

L'iode, en présence des éléments cellulaires, est en partie absorbé. Dans ce milieu cellulaire, il est le point de départ de réactions chimiques d'ordre assez complexe, aboutissant à la production d'un ou plusieurs iodures solubles.

Ce sont ces iodures solubles qui traversent l'organisme pour s'éliminer par les appareils de sécrétion (reins, glandes salivaires, sudoripares, etc.).

L'organisme peut tolérer une grande quantité d'iodure sans inconvénient ; d'autre part, tout l'iode y passe à l'état d'iodure ; il ne peut pas y avoir d'intoxication ; on n'en a pas encore signalé.

Cependant, si l'on était dans l'obligation de continuer pendant un certain temps et de multiplier la fréquence et la durée des séances d'enfumage, il conviendrait de laisser des périodes de repos aux malades.

En ce qui concerne les affections utérines, la durée de l'écoulement menstruelnous paraît toute indiquée comme période d'abstention. On se mettra ainsi à l'abri d'une accumulation organique d'iodure, qui pourrait, chez certains sujets, être mal tolérée.

INDICATIONS. — CONTRE-INDICATIONS

Une distinction est d'abord à faire ; s'agit-il d'une métrite pure, c'est-à-dire de l'inflammation seulement de l'utérus ou de son col, ou bien sommes-nous en présence de lésions annexielles concomitantes telles que salpingite ou salpingo-ovarite, ou para et péri-métrite ?...

Si, du côté des annexes, nous ne constatons aucune tuméfaction douloureuse, si le flux menstruel est assez régulier dans ses apparitions, s'il n'est précédé ni accompagné de douleurs vives, en un mot, si la métrite seule est diagnostiquée, notre traitement, soit par l'enfumage ou le curetto-enfumage, sera indiqué.

L'efficacité du traitement ne peut être absolue que dans les cas de métrite sans lésions annexielles avancées ; assainissant la cavité utérine, nous ne ferions, en effet, œuvre utile, si des orifices des trompes continuait à sourdre du muco-pus infectant et inflammant à nouveau l'endomètre dont la muqueuse malade devait se transformer en muqueuse saine sous l'influence des vapeurs d'iode... Nous savons, d'autre part, que les inflammations légères sont susceptibles de régressions naturelles plus ou moins spontanées. Aussi, lorsque nous présumons des lésions légères du côté des annexes ou du tissu conjonctif péri-utérin, nous pourrons instituer avec succès l'enfumage iodé, avant de songer à autre intervention chirurgicale.

De même l'infection remonte de l'utérus aux trompes et aux ovaires, de même celles-ci, sous l'influence du traitement désinfectant intense de l'endomètre, peuvent très bien s'améliorer jusqu'à complète guérison.

C'est donc dans les cas de lésions annexielles chroniques, bien établies et fermement diagnostiquées, que nous nous abstiendrons de la pratique de l'enfumage iodé pour recourir au traitement approprié.

Nous citons, au cours de nos observations personnelles, celle d'une malade de notre service (Obs. III) chez laquelle notre méthode a totalement échoué..... après bien d'autres. Laparotomisée quelques jours après par les soins du professeur Reynès, il nous a été donné d'observer une volumineuse ovaro-salpingite bilatérale, véritable pyo-salpinx à droite, avec de nombreuses et solides adhérences qui étaient la signature de l'ancienneté des lésions.

Nous n'aurions jamais cru, à l'examen de la malade, à des lésions aussi avancées, en raison de son adipose et d'une indocilité incompréhensible.

Dans ce cas, seule l'intervention chirurgicale devait être efficace.

Dans les cas de rétention de placenta ou de débris placentaires, un curage digital ou un curettage sera pratiqué.

L'enfumage iodé sera appliqué sitôt après. Cette technique constitue le *curo* ou le *curetto-enfumage*. Elle s'emploie avec succès aussi dans les métrites infectieuses et hémorragiques, et le docteur Louge en a retiré les meilleurs résultats.

Nous ne conseillons pas un traitement suivi chez les malades atteints d'anémie grave, de tuberculose avancée ou de lésions rénales ; leur état ne serait peut-être pas aggravé par cette pratique, mais, en ces cas, la plus grande prudence est indiquée.

CONCLUSIONS

L'enfumage iodé est indiqué dans les cas de métrites du col et endométrites, quels qu'en soient la nature, l'origine ou l'agent infectieux.

Il a pour but et résultat d'assainir la cavité utérine et cervicale en détruisant la flore microbienne, en excitant le processus cicatriciel et en substituant une muqueuse saine à une muqueuse malade.

Il jouit d'un remarquable pouvoir asséchant.

Il peut être appliqué et le sera avec succès après un curage, écouvillonnage, curettage, et, en général, quand l'indication de la désinfection absolue de l'utérus est à réaliser.

Il ne nécessite aucune anesthésie, ni aucune installation bien spéciale.

Tout praticien peut se construire un appareil en y apportant même des améliorations personnelles.

Les malades soumis à ce traitement ne craignent aucune intoxication ni aucun accident.

L'iode à l'état de vapeur a donné les meilleurs résultats dans les cas de métrites cervicales ulcéreuses, les cervicites, les métrites granuleuses et les infections *post-partum* et *post-abortum*.

Après l'enfumage : pas de douleur, ni hémorragie, ni pertes spéciales, ni fièvre, ni frissons.

Avec lui, pas d'accidents de dysménorrhée, suite de sténose cicatricielle, car il n'est pas caustique.

C'est de plus un traitement de conservation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !